مدیران محترم صندوق های بازنشستگی استان اصفهان

با سلام و احترام

 به پیوست یک برگ تصویر شناسنامه خانم **…** فرستاده می شود. خواهشمند است دستور دهید مراتب دریافت و یا عدم دریافت مستمری از آن صندوق توسط نامبرده را در مقابل عنوان آن سازمان اعلام فرمایند.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام اداره** | **اعلام نظر** |
| 111111 | اداره کل سازمان تأمین اجتماعی استان اصفهان(اصفهان، خیابان عباس آباد، روبروی پارکینگ بیمارستان عیسی بن مریم (ع) | مهر و امضا |
| 21 | اداره کل سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح( به آدرس فرم پیوست ) | مهر و امضا |
| 3 | صندوق بازنشستگی شرکت ملی نفت ایران(اصفهان، خیابان کاشانی – ابتدای خیابان میرداماد ) | مهر و امضا |
| 4 | صندوق بیمه روستاییان استان اصفهان(استعلام از طریق سامانه ) | مهر و امضا |
| 5 | صندوق بازنشستگی ذوب آهن(استعلام از طریق سامانه irsbf.ir) | مهر و امضا |
| 6 | اداره کل بیمه سلامت استان اصفهان(اصفهان، بلوار آیینه خانه، جنب اداره کل تعاون، بن بست ماه، پلاک 21) |  مهر و امضا |
|  | اداره کل بهزیستی استان اصفهان(اصفهان، خیابان احمدآباد، ایستگاه پل بلند، کوچه سیداحمدیان،کدپستی93998-81556) |  مهر و امضا |
|  | کمیته امداد امام خمینی( اصفهان ، خیابان فردوسی ، نبش خیابان منوچهری ) |  مهر و امضا |

**رونوشت:**

**...**